Finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale – approfondimento per l'odontoiatria -

Dicembre 2012

Marco Bertazzoni, Marcello Chiozzi

Questo articolo rappresenta un tentativo di visione complessiva della ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) con un approfondimento per l'odontoiatria.

Il fabbisogno di salute orale in Italia è superiore alle capacità di erogare prestazioni da parte del Sistema sanitario nazionale (Ssn). Ricorrendo alle cure odontoiatriche private molte famiglie lamentano spese non più sostenibili, si pone quindi un problema di accesso alle cure primarie.

Le spese per il dentista rappresentano una specifica voce per l'ISTAT e nel capitolo "spesa effettiva familiare per beni e servizi sanitari nel 2008" ha un importo di 378 euro.[1]

Tre importanti concetti generali da tenere in considerazione per le successive argomentazioni sono:

- l'incidenza della patologia odontoiatrica è prevalente nei soggetti in condizioni con disagio socio-economico;
- l'entità del finanziamento della sanità pubblica è in discussione;
- a differenza di molti altri Paesi in Italia non v'è mai stato un diffuso e costante utilizzo di campagne pubbliche dedicate all'educazione sanitaria sulla salute orale, la così detta "prevenzione primaria" delle patologie odontoiatriche.

Le spese pubbliche per finanziare il Ssn sono considerevoli, nel tentativo di diminuire tale importo vengono tagliate tra le altre cose alcune prestazioni odontoiatriche dai livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti dallo Stato tramite le Regioni.

Per garantire comunque l'erogazione di prestazioni odontoiatriche a favore delle persone in difficoltà le soluzioni politiche sono state:

- istituire Fondi Integrativi Sanitari (FIS) odontoiatrici,
- aumentare le prestazioni erogate incentivando l'accreditamento di aziende private ed in parte finanziando alcune prestazioni tramite il FSN (con intercessione delle Regioni), nella speranza di erogazione di prestazioni odontoiatriche a costi diminuiti.

È sotto gli occhi di tutti quale strada prioritaria è stata intrapresa ed in che modalità.

Non è scopo di questo articolo valutare l'efficacia della risoluzione dei problemi sopra espressi, ma semplicemente fotografare la situazione normativa, partendo dagli inizi e facendo un breve excursus.

Con la Dichiarazione di Alma-Ata l'OMS (agenzia specializzata dell'ONU) nel 1978 vara

quelli che dovrebbero essere i capisaldi dell'assistenza primaria per i governi aderenti,[2] al termine del medesimo anno in Italia i tempi erano maturi per l'istituzione del Ssn tramite la Legge n. 833.[3]

Come princìpi normativi nazionali valgono gli art.32 e 117 della Costituzione:

> *Art. 32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

L'art.117 della Costituzione, modificato nell'Ottobre 2001, pone la “tutela della salute” a legislazione concorrente tra Stato e Regioni:

> *Art. 117. […] spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.*

L'art.51 della Legge 833/78 determina che il finanziamento del Ssn deve avvenire tramite il FSN la cui entità è stabilita dal Piano Sanitario Nazionale (PSN, art.53), l'importo è erogato con la “legge finanziaria” di fine anno, previa valutazione della Corte dei Conti e le somme sono ripartite tra le varie Regioni e Provincie Autonome con delibera CIPE,[4] in ultimo la Conferenza Stato-Regioni deve esprimere intesa.[5] Tutto questo in assenza di “manovre correttive straordinarie”.

A titolo di esempio il FSN per l'anno 2011 ammonta a 106.905.300.000 euro.

Ogni Regione e Provincia Autonoma deve integrare i soldi ricevuti tramite il FSN con entrate proprie, inoltre determina come distribuire tali somme tra le varie aziende accreditate.

In Lombardia gli importi derivanti dal FSN (ed integrati con fondi propri) vengono ripartiti tra le varie Aziende Sanitarie Locali (ASL).[6, 7] Sulla base dei soldi ricevuti le ASL, tramite l'Ufficio Programmazione Acquisto e Controllo (PAC), «acquistano» le prestazioni mediche/odontoiatriche comprese nei LEA dalle varie aziende accreditate sul territorio di loro competenza (aziende ospedaliere, piuttosto che cliniche o service) al costo definito in uno specifico tariffario. [8, 9]

Con il riordino della disciplina sanitaria il “Decreto Bindi” (D.Lgs. 502/92)[10] descrive il concetto di LEA, che tanto hanno influenzato sull'erogazione di prestazioni odontoiatriche in strutture accreditate:

> Art.1 […] c.2. *Il Servizio sanitario nazionale assicura, [...], i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse. [...]*

In alcune circostanze sono previsti dei FSI per le prestazioni non comprese nei LEA. Parte delle prestazioni odontoiatriche rientrano tra queste situazioni.

L'Art. 9 del D.Lgs. 502/92 prevede i FSI del Ssn, anche per l'odontoiatria:

> *Art.9. Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.*

> *1. Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi. [...]*
> *4. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:*
> *a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati; [...]*
> *5. Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera a), sono comprese: [...]*
> *c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.*
> *6. Con decreto del Ministro della sanità, [...], sono individuate le prestazioni relative alle lettere a), b) e c) del comma 5, [...], le quali, in via di prima applicazione, possono essere poste a carico dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.*

Si tratta di “forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale”, il fine è di “potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza”.

Nel Novembre 2001 tramite Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri vengono approvati i LEA.[11] Tale DPCM effettua una ricognizione della normativa vigente, dalla quale si evince per l'odontoiatria erogata in regime ambulatoriale:

> *Il d.m. 22 luglio 1996 elenca le prestazioni specialistiche e diagnostiche erogate dal Ssn. Sono esclusi dal livello di assistenza i materiali degli apparecchi ortodontici e delle protesi dentarie, che rimangono a carico degli assistiti.*

L'Allegato 2B specifica le:

> *Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche:*
> *a) assistenza odontoiatrica: limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al comma 5 art. 9 del D.lgs.30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni.* (Poco sopra è riportato integralmente).

Con specifico ulteriore Decreto nel 2008 sono descritti i fondi integrativi, anche per l'odontoiatria,[12] poi modificato nel 2009:[13]

> *Art. 1. Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale. [...]*
> *2. Gli ambiti di intervento dei Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, comprendono le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione definite nei commi 4 e 5 del medesimo art. 9. Gli ambiti di intervento comprendono inoltre: [...]*
> *b) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.*
> *3. Gli ambiti di intervento degli enti, casse e societa' di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, [...], che non rientrano nell'ambito di operativita' dei Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale di cui al comma 2, comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, nonche' i costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del servizio sanitario nazionale e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria. A partire dall'anno 2010, gli ambiti di intervento di cui al presente comma si intendono rispettati a condizione che i medesimi enti, casse e societa' di mutuo soccorso attestino su base annua di aver erogato, singolarmente o congiuntamente, prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti nonche' prestazioni finalizzate al*

recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, erogate presso strutture autorizzate all'esercizio, in base alla vigente normativa regionale, anche se non accreditate, nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti.

Il decreto del 2009 specifica nel dettaglio le tipologie di "prestazioni vincolate", a cui i FSI devono necessariamente destinare almeno il 20% delle risorse totali impiegate per tutte le prestazioni:

Art. 2. Ambito di applicazione e definizioni [...]
2. Ai soli fini di quanto previsto dai successivi articoli del presente decreto si applicano le seguenti definizioni: [...]
d) «soglia delle risorse vincolate»: soglia della quota di risorse vincolate per l'erogazione di prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, stabilita dal decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, come modificato dall'art. 1 del presente decreto. Le prestazioni sono da intendersi: [...]
4) prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie.

C'è da dire che le prestazioni comprese od escluse dai LEA non sono state definite nel dettaglio, esistono dei tentativi interpretativi delle varie Regioni (sia tramite legiferazione che con documenti non normativi) anche se i margini clinici[14, 15] sono più che ampi e la situazione normativa nebulosa.

Nel 2008 v'è stato un tentativo di revisione dei LEA tramite nuovo DPCM in cui venivano dettagliate le prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche da comprendere ed escludere dagli stessi, ma in sede di Conferenza Stato-Regioni non c'è stata “intesa” sull'accordo, quindi è privo di valore normativo.[16]

Le Regioni hanno incentivato l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche - escluse e comprese nei LEA - favorendo l'accreditamento di aziende private, i così detti «service odontoiatrici». In sintesi i «service» sono importanti investimenti privati, accreditati con la Regione che erogano due tipologie di prestazioni:

1) Quelle comprese nei LEA, per le quali godono di un finanziamento regionale (tramite il FSN) preventivamente pattuito con le Regioni. Il numero di prestazioni LEA (e relativo importo economico) erogabili dall'azienda odontoiatrica accreditata in Lombardia è “acquistato” dall'Ufficio PAC della ASL competente.
2) Quelle escluse dai LEA, per le quali il paziente è interamente solvente in relazione alla tariffa definita dalla struttura odontoiatrica.

Per l'accreditamento delle strutture sanitarie sono previsti specifici requisiti tecnici/organizzativi definiti dallo Stato.[17] Le Regioni sono l'organo che eroga l'accreditamento, anche tramite ASL (in Lombardia), hanno inoltre facoltà di aggiungere ulteriori specifiche e modalità burocratiche.[18, 19]

Per verificare l'efficacia di tali atti normativi può essere utile valutare l'annuario statistico del Ssn. Nell'anno 2009 le prestazioni erogate per la branca specialistica “odontostomatologia-Chirurgia Maxillo Facciale” suddivise per Regione sono in ordine decrescente:[20]

	Regione	Odont. - Chir. Max.
1	Sicilia	1.189.995
2	Lombardia	658.220
3	Veneto	643.638
4	Campania	584.452
5	Lazio	443.019
6	Puglia	326.977
7	Sardegna	227.590
8	Calabria	204.243
9	Piemonte	222.748
10	Marche	157.860
11	Toscana	157.553
12	Emilia Romagna	153.973
13	Liguria	99.739
14	Friuli Venezia Giulia	72.439
15	Prov. Auton. Trento	55.666
16	Abruzzo	54.057
17	Prov. Auton. Bolzano	52.096
18	Umbria	47.866
19	Molise	31.121
20	Basilicata	9.460
21	Valle D'Aosta	1.871
	Italia	5.394.583

Bibliografia

1: Italia in cifre 2010. ISTAT.
2: Dichiarazione di Alma-Ata (Alma Ata Declaration on primary health care). Conferenza Internazionale sull’Assistenza Sanitaria Primaria Alma-Ata, URSS, 6-12 settembre 1978.
3: Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. G.U. 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.
4: CIPE. Deliberazione n.15 del 20 Gennaio 2012. Ripartizione delle disponibilità finanziarie tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. GU n.95 del 23/04/2012.
5: Intesa sulla nuova proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2011, in applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 17, comma 6 del decreto-legge n. 98/2001, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 111/2011. Repertorio Atti n.: 226/CSR.
6: Legge Regionale 11 luglio 1997, N. 31. Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali. BURL n. 28, 2° suppl. ord. del 11 Luglio 1997. S.m.i .
7: Deliberazione Giunta Regionale 20 Maggio 2009 - n.8/9449. Determinazioni in merito alle assegnazioni a titolo definitivo delle risorse per i servizi socio sanitari integrati garantiti dalle Aziende Sanitarie Locali per l'anno 2008. BURL 1 giugno 2009 serie ordinaria.
8: Decreto ministeriale 22 luglio 1996. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe. G.U. Serie Generale, n. 216 del 14 settembre 1996. S.m.i.
9: Decreto ministeriale aprile 1994. Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera. G.U. 10 maggio 1994, n. 107. S.m.i.
10: Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. G.U. n. 305 suppl. ord. del 30/12/1992.
11: Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza. G.U. 8 febbraio 2002, n.33.
12: Decreto 31 marzo 2008. Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali. G.U. n.141 del 18/06/2008.
13: Decreto 27 ottobre 2009. Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante «Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale». G.U. Serie Generale, n. 12 del 16 gennaio 2010.
14: Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva. Dicembre 2009.
15: Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale. Quaderni del Ministero della Salute n. 7, gennaio-febbraio 2011.
16: DPCM 23/04/2008. Livelli Essenziali di Assistenza. Mai pubblicato in Gazzetta Ufficiale per assenza di intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.
17: Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. G.U. n. 042 suppl. ord. del 20/02/1997.
18: Deliberazione N. VI/38133 del 6 agosto 1998. Attuazione dell’articolo 12, comma 3 e 4, della l.r. 11.7.1997 n.31. Definizione di requisiti e indicatori per l’accreditamento delle strutture sanitarie.
19: Deliberazione N. VII/3312 del 02.02.2001. Approvazione delle direttive in ordine all’attuazione delle disposizioni di cui alla legge regionale 12.8.1999 n. 15, relative alle attività sanitarie svolte presso strutture pubbliche e private.
20: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2009. Pubblicazione Gennaio 2012, pag. 34.